

# **Demande Thérapie intentionnelle (soins à distance)**

## **Formulaire de demande et d'évaluation en retour**

Veillez trouver ci-dessous un formulaire de demande pour un traitement intentionnel (à distance) après avoir lu attentivement les lignes directrices sur ce type de traitement.

Nous avons établi à 160 € le coût pour 4 traitements (40 € par traitement), somme qui va en totalité à la Fondation pour la Pyramide de Lumière, servant d'appui financier à sa réalisation.

Vos données personnelles sont confidentielles et ne seront pas transmises à un tiers, sauf en cas d'autorisation préalable. Les résultats de ces traitements seront collectés et documentés scientifiquement, de façon anonyme, sans données nominatives.

Vous pouvez envoyer ce formulaire (scanné avec une signature originale), accompagné d'une photographie récente et d'une preuve de paiement à l'adresse suivante:

Intentionnelle thérapie coordination  
Marika Verheijen  
[Unitingpeople@gmail.com](mailto:Unitingpeople@gmail.com)

Vous serez informé quand le traitement intentionnel commencera.

## **Données personnelles:**

Nom:

Prénom:

Adresse:

Code postal et ville:

Téléphone:

Email:

Date de naissance:

Description des problèmes de santé:

Décrivez d'abord clairement et brièvement votre problème de santé avec les symptômes douloureux dont vous souffrez. Après cela, faites un bref résumé du diagnostic médical (le cas échéant), les médecins spécialistes que vous avez consultés et les types de traitement que vous avez suivis avec les résultats respectifs.

### *Exemple*

Symptômes ressentis en 2001 : maux de dos, comme poignardé dans le dos  
Spécialiste établissant diagnostic médical en 2003: Ostéopathe

Diagnostic: glissement discal  
Traitement: 5 séances avec un ostéopathe  
Résultat:  
 aucune amélioration  
 certaine amélioration  
 forte amélioration  
 aggravation  
Pronostic: non curable

**Vos données médicales personnelles:**

**Date (année):** .....

**Symptômes personnels:** .....

.....

**Spécialiste :** .....

**Diagnostic :** .....

**Traitement:**

**Résultat:**

Pas d'amélioration  
 certaine amélioration  
 forte amélioration  
 aggravation

**Pronostic: curable ou pas**

**Date (année) (si d'autres spécialistes ont été consultés):**

**Spécialiste :** .....

**Diagnostic :** .....

**Traitement:**

**Résultat:**

Pas d'amélioration  
 certaine amélioration  
 forte amélioration  
 aggravation

## **Pronostic: curable ou pas**

### **COMMENTAIRES (qui sera envoyé 3 mois après le traitement).**

Merci d'indiquer par écrit à notre intention, comment vous vous sentez, 3 mois après le traitement intentionnel:

Résultat:

0 Pas d'amélioration

0 certaine amélioration

0 forte amélioration

0 guérie

0 aggravation

Merci d'indiquer également si vous souffrez encore de l'affection médicale mentionnée ou si votre santé est recouvrée:

Commentaires supplémentaires:

Je, soussigné, déclare que les renseignements sont véridiques et que les résultats de ces traitements (à l'exception de mes données personnelles) peuvent être utilisés pour la recherche scientifique et la documentation médicale, et de ce fait, être partagés avec un plus large public afin d'acquérir davantage de connaissances et de sensibiliser sur le processus de l'autoguérison.

Nom:

Lieu et date:

Signature:

### **Contributions financières**

Nous demandons une contribution de 160 € qui sera entièrement consacrée à la réalisation d'activités liées à notre mission déclarée. Des précédentes expériences, nous avons appris qu'une circulation cyclique de l'énergie apporte, comme dans la nature, davantage de suites et de fruits pour les deux parties. Nous sommes donc très reconnaissants de votre contribution, que nous considérons comme étant une part de votre investissement dans votre propre santé.

Merci de bien vouloir envoyer votre contribution financière à l'association suivante:

Association de la Pyramide de Lumière:

Adresse: PO Box 375, CH – 1009 Pully

Banque: BCV, Place St-François 14, P.O. Box 300, CH - 1003 Lausanne (Fax: +41 21 212.25.74)

En fonction de vos possibilités, il y a trois comptes:

Francs suisses: 5137.81.07 CO CHF IBAN: CH89 0076 7000 A513 7810 7

US Dollars: 5137.81.08 C CO USD IBAN: CH53 0076 7000 C513 7810 8

Euros: C 5137.81.11 CO EUR IBAN: CH69 0076 7000 C513 7811 1

Nom du compte: Association de la Pyramide de Lumière

BIC / SWIFT: BCVLCH2LXXX